

国民健康保険特別療養費支給申請書

(一般 ・ 退本 ・ 退扶)

資格証明書の記号・番号				年 月 診療分	
診療を受けた被保険者の氏名			性 別		
診療を受けた被保険者の個人番号					
生年月日	年 月 日		世帯主との続柄		
傷病名			療 養 期 間	年 月 日から	
発症負傷 年月日				年 月 日まで (日間)	
治療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地並びに診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		名 称	別添のとおり		
		所在地	別添のとおり		
		氏 名	別添のとおり		
療養の内容					
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療証明書 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> その他				
備 考					
療養に要した費用額	円	被保険者が支払った治療費	円		
上記のとおり申請（請求）します。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 年 月 日 申請者 住 所 (世帯主) 氏 名 電話番号 </div> <div style="text-align: left; margin-left: 50px;"> 三好市長 殿 </div>					

ご注意：納期限から1年6カ月たっても未納の保険税がある方については、納付の全部または一部を差し止めることがあります。